

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations générales :**

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## **Pharmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## **Pathologie et Biologie :**

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## **Optique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **Education :**

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## **Dentaire :**

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## **Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :**

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## **Adresses Mails utiles**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1347

Société : R.A.F

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KAIROUAN AHMED

Date de naissance : 1948

Adresse : Rue GRANADA Res. AYA B N° 64

Tanger

Tél. : 0661081421 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HADDAD HACHIMI Med.  
Médecine Générale  
63, Rue de Hollande N°1  
Tél.: 05 39 93 85 05 - Tanger

Date de consultation : 17/06/2021

Nom et prénom du malade : KAIROUAN AHMED Age : 74 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : B.R.P. 2021

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : M 20 JUIL 2021 S.A.S

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Tanger Le : 17/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17/06/2021	cl	1	100	MEDICAL HACHIMI Med 63, Rue de Hollandse Tél.: 03 39 93 85 05 - Lannion

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HUSSAINI Dr. en pharmacie 3 bis, Rue de Mexique 0539 93 50 11 - Tanger 	17/06/2021	154,80

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

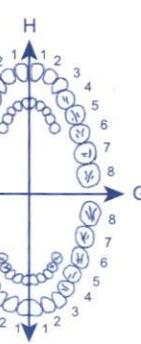
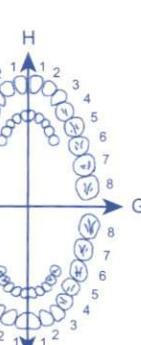
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412   21433552 00000000   00000000	D	G
		00000000   00000000 35533411   11433553		
	B			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Mohammed HADDAD HACHIMI**  
**MÉDECINE GENERAL**  
**63 Rue de Hollande N°1**  
**Tel : 05 39 93 85 05**  
**TANGER**

**الدكتور محمد الحداد الهاشمي**  
**الطب العام**  
**شارع هولندة رقم 1**  
**الهاتف 0539938505**  
**طنجة**

Nom : Kairouan ahmed

Date : 17/06/2021



1/2] Zamox sachets 1 gr: un(e) matin et soir QSP 8 jour(s)



*une*

2/2] Muxol sirop: un(e) cas matin et soir

116.00

38.80

154,80

*Dr. HADDAD HACHIMI Med.*  
*Médecine Générale*  
*63, Rue de Hollande N°1*  
*Tél.: 05 39 93 85 05 - Tanger*

**PHARMACIE AL BOUGHAZ**



BENKIRANE HAYAT  
Dr. en pharmacie

78 bis, Rue de Mexique  
Tél.: 0539 93 80 17 - Tanger

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV.:

38,9R

موکسول

أميروكسول

بدون سكر

# زاموكس®

أموكسيسيلين - حامض كلاغيلاتيك

١٢٥/١ غ



الكبار

مسحوق لأجل  
 محلول للشرب  
 عن طريق الفم

نسبة الأموكسيسيلين -  
حامض كلاغيلاتيك: 1/8

16 كيسا

PPV: 116DH00  
PER: 09-23  
LOT: J2592

